

SERVICES FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTHCARE NEEDS
Kansas Department of Health and Environment – Bureau of Children, Youth and Families
1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, Kansas 66612-1274
(785) 296-1313 or (Toll Free) 1-800-332-6262

INSTRUCCIONES PARA PADRES SOLICITANTES

1. **Complete y firme cada formulario incluido**
 - (a) Solicitud p.3
 - (b) Consentimiento para acceso a información p.4
2. **El consentimiento para el acceso a información debe ser testificado e incluir el nombre y dirección de aquellas personas que trataron al paciente**
 - (a) Medico familiar y especialista
 - (b) Hospitales
 - (c) Clínicas Hospitales
 - (d) Otros
3. **Adjunto al formulario, envíen copias de lo siguiente:**
 - (a) Primera pagina de su reporte de impuestos Federales del año pasado (Income Tax), incluyendo las formas W-2.
 - (b) Si su ingreso cambio desde su ultimo reporte de impuestos, envíe los talones de pago de su empleo por los últimos 3 meses.
 - (c) Si no ha recibido talones de pago, mande una copia anticipada de los futuros ingresos de su trabajo.
 - (d) Otras fuentes de ingreso recibidos como: Desempleo, Seguro Social, Incapacidad del Trabajo, Bienestar Publico (SRS) etc.
 - (e) Si es autoempleado envíe una copia estimada del reporte de impuestos por el ultimo trimestre.
 - (f) Copias de ingreso del padrastro o madrastra, si se ha casado nuevamente.
 - (g) Si no esta legalmente separado, copias de ingreso del esposo(a).
 - (h) Cobros que se deban pagar por gastos medicos y/o dentales de toda la familia.
4. **Si esta legalmente separado, incluyan pruebas de custodia legal de los niños y copia completa de los documentos de divorcio.**
5. **Envíen por correo la solicitud completa y demás documentos requeridos, en el sobre con la dirección impresa y estampillas adjunto.**
6. **Por favor incluyan el nombre y apellido de su hijo y cualquier otro nombre que haya usado en nuestro programa.**
7. **Por favor mandar la acta de nacimiento del solicitante si no es ciudadano o residente lega de los EEUU.**

SOLICITUDES INCOMPLETAS RETRASARAN LA DECISIÓN PARA LOS SERVICIOS DE SU NIÑO

SI USTED NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA APLICACIÓN, POR FAVOR COMUNIQUESE CON NUESTRA OFICINA LLAMANDO AL
TELÉFONO QUE APARECE ARRIBA EN ESTA PAGINA

SERVICIOS PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES de SALUD –(SPECIAL HEALTH SERVICES –SHS)
INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Solicitante (Niño a menos que solicite por si mismo Apellido Nombre Propio Segundo Nombre)			Fecha Nacimiento	Sexo	Numero de Seguro Social	Apellido de Soltera de la Madre
Dirección de la Casa: Apt #:		Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Condado:	

DIAGNOSTICO DEL SOLICITANTE Y RAZÓN POR LA QUE SOLICITA

MEDICO FAMILIAR DEL SOLICITANTE Nombre:		Dirección:		Teléfono #:		
Especialistas que están tratando al solicitante (Nombre)			Dirección		Fecha de la ultima visita	
Medicinas que toma actualment:			Nombre y Dirección de su Farmacia:			
Escuela\Servicios de intervención temprana:			Dirección:		Teléfono:	
Educación especial/servicios de intervención temprana: OT <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Consejero <input type="checkbox"/> Otros (especifique) <input type="checkbox"/>			Dist #:		FOR SHS'S USE ONLY SHS #: DIAGNOSIS APPL DATE SHS SSI ACCEPT DATE CLOSE DATE	
ESTADO CIVIL DE PADRES: CASADOS <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEGUNDO MATRIMONIO <input type="checkbox"/>			HABLA INGLES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si no, idioma que habla: _____			
NOMBRE DE PADRE(S) (Con quienes vive el niño) (marque para indicar padrasto) Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>				TELÉFONO DE LA CASA O NUMERO PARA LLAMARLE		
Padre: APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE						
Madre:						
Nombre de Padre que NO VIVE en la casa con el niño			Teléfono donde se le puede contactar			
Dirección: apt #:		Ciudad:	Estado:	Zona Postal:		Condado:
Nombre del Tutor si no son los padres: Apellido Primer Nombre Segundo Nombre			Telefono de su casa o Donde se le puede contactar			
Dirección: Apt #:		Ciudad:	Estado:	Zona Postal:		Condado:

Nombre del Solicitante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------	----------------------

Lista de ingresos recibidos por las personas que viven en la casa (Parientes o no)

Estén seguros de incluir todos los ingresos brutos (antes de impuestos) como Salarios, Dividendos, Interés, TAF, SSI, rentas Vitalicias, Pensiones, Incapacidad, Pensiones a Niños, Pensión por Divorcio o Separación, y otros Ingresos.

Nombre de persona(s) que trabajan o reciben dinero. Incluya otra pagina si es necesario	Quien provee el dinero? Nombre del Empleador, Programa o persona, especifique	Numero de teléfono del trabajo	Frecuencia? Semanal, cada 2 semanas, 2 por mes, mensual	Que cantidad de \$
1.				
2.				
3.				
4.				

Lista de bienes activos en posesión de todas las personas que viven en la casa (incluyen efectivo, Cheques, Ahorros, Certificados de Deposito, Acciones y Bonos)

Tipos de recursos	De quien	Valor

Use la parte de atrás de esta hoja si es necesario para mas información

¿Existe alguna circunstancia que hará que sus ingresos de este año sean diferentes de los ingresos reportados el año pasado en su declaración de impuestos?

Si No Si la respuesta es si, por favor describa los cambios (por ejemplo: cambio de estado civil, perdida o cambio de trabajo, trabajo de horas extras, etc.) y provea verificación de sus ingresos, por ejemplo, talones de cheque.

Describa necesidades médicas en el presente y en el futuro para su niño y el costo estimado:

Describa necesidades medicas en el presente y en el futuro para todos los miembros de su familia y su costo estimado:

Información opcional relacionada con el solicitante.

Raza/Grupo: Blanco Negro Indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawai o Isleño del Pacifico Otro (especifique):

Etnico: Hispano

** El solicitante no tiene que contestar las preguntas opcionales. Las respuestas no afectaran la elegibilidad. Las respuestas serán usadas solo para reunir información sobre las personas que solicitan para este program.a*

Todos los servicios son proveídos con una base no-discriminatoria de acuerdo con las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos y Titulo VI del Acta de Derechos Civiles del 1964. Cualquier persona que crea que se la discriminado a causa de su raza, color u origen nacional, tiene el derecho a presentar una queja con el Departamento de salud y medio Ambiente de Kansas o con el Departamento de Salud y Derechos Humanos o con los dos. (KDHE o DHHS o con los dos)

Enliste Todos Los Residentes De La Casa –(familiares)

NOMBRES (INCLUYA OTRA PAGINA SI ES NECESARIO)	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Recibe HealthWave/ Medicaid? # de Medicaid Si/No	Nombre de la Compañía Aseguradora	Poliza Y # de Grupo	Costo de Primas Anuales	Deducibles Por Familia o Por Individuo	Covertura Dental Si/No	Restricciones	Recibe SSI? Si/No
APELLIDO NOMBRE										
1.	(Solicitante)									
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

Otra Cobertura medica Disponible Para el Solicitante (De Padres O Abuelos Que No Viven En La Casa)

Incluya otra pagina si es necesario	Relación con el Solicitante	Nombre de la Compañía Aseguradora	Póliza Y # de Grupo	Costa de la Prima Anual	Deducibles por Familia por Individuo	Restricciones	Cobertura Medica Si/No	Cobertura Dental Si/No	Fecha de Comienzo	Fecha de Terminacion
Apellido Nombre										
1.										
2.										

¿Es solicitante Ciudadano de EEUU? Si No ¿Es solicitante residente legal de EEUU? Si No

Responsabilidad de la Familia
 Estoy de acuerdo a:
 Solicitar todos los beneficios de seguros y asignarlos al Hospital, Doctores, Proveedores de Equipo y artículos médicos ordenados por el doctor. Solicitar todos los beneficios de seguros no asignables y usarlos para pagar al Hospital, Doctor, proveedores de equipos y Artículos médicos ordenados por el Doctor. Reembolsar al SHS cualquier pago de seguros recibidos directamente, si los pagos son por tratamientos o equipos proveídos y pagados por el SHS.
 Además estoy de acuerdo de notificar dentro de 10 días los siguiente:
 Cunado el solicitante reciba algún seguro medico.
 Si el solicitante es elegible para Medicaid, Seguro Suplementario de Seguridad (SSI), Pagos por Incapacidad, welfare
 Cambios en el domicilio del solicitante, ingresos familiares, dinero en efectivo, un incremento de \$500 al año o cualquier otra circunstancia que afecte la elegibilidad del solicitante.

Firma del Solicitante, padres, o Tutor Legal (si el niño es menor)

Parentesco

Fecha

SERVICES FOR CHILDREN WITH SPECIAL HEALTHCARE NEEDS
 Kansas Department of Health and Environment – Bureau of Children, Youth and Families
 1000 SW Jackson, Suite 220, Topeka, Kansas 66612-1274
 (785) 296-1313 or (Toll Free) 1-800-332-6262

Consentimiento Para Acceso a Información

Nombre del Solicitante (Name)	Fecha de Nacimiento (birthdate):
-------------------------------	----------------------------------

Yo doy autorización y consentimiento a los SERVICIOS PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD (SHS) para obtener información medica, Educativa y otra información relevante de doctores, hospitales, escuelas, y de otros que hayan proveido servicios para el individuo antes nombrado.

Nombre-(Doctor or Hospital)	Dirección (Address)	Ciudad (City)	Estado	Zona Postal

Entiendo que esta autorización de consentimiento es efectiva por un año a partir de la fecha firmada. (I understand that this consent is effective for one year from the date signed)

Yo autorizo a KDHE/SHS para que compartan la información medica con otras agencias y contratistas para asegurarse que los servicios apropiados están siendo proveídos. (I authorize KDHE/SHS/to share medical information with other agencies and contractors for the purpose of quality assurance and to ensure appropriate services are provided)

 Firma del Padre, Tutor, Solicitante si tiene mas de 18 años, o un Representante autorizado (Signature)

 Fecha (Date)

 Firma del Testigos (Witness)

LAS COPIAS DE ESTA AUTORIZACIÓN SERAN TAN VALIDAS COMO LA ORIGINAL (A COPY OF THIS CONSENT FORM IS VALID AS AN ORIGINAL)

+++++

To be completed by SHS Staff

Date Requested: _____

Information being requested: Medical record information _____
 Medical record information since _____

Hospital Discharge summaries _____
 Other _____

*** NO LAB OR X-RAY REPORTS UNLESS REQUESTED**